

Análise da conduta ética do pediatra frente a crianças vítimas de maus tratos

Augusto Aurélio de Carvalho*
Ronaldo Seichi Wada**
Luiz Francesquini Júnior**
Eduardo Daruge Júnior**
Telmo Oliveira Bittar**
Luiz Renato Paranhos***

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é a avaliação de conhecimento do pediatra acerca das responsabilidades e condutas éticas em relação ao indivíduo infantil vítima de maus tratos e abuso. Foi elaborado um questionário semi-estruturado contendo questões relativas ao tempo de formação profissional, identificação da faculdade, preparo do profissional para atender crianças vítimas de maus tratos, os principais tipos de agressões identificados, conhecimentos das penalidades e das atitudes a serem tomadas após constatação da violência infantil. Foram distribuídos 270 questionários a pediatras que atuam nas cidades de Cuiabá, Rondonópolis e Cáceres, sendo que dos 270 enviados, apenas 96 retornaram devidamente respondidos (35,5%). Dos pediatras consultados, 50 eram do sexo feminino e 46 do masculino, e 63% dos mesmos tinham mais de dez anos de formados. Destes, 55% já tinham atendido crianças com características de maus tratos, tendo descrito os sinais e sintomas mais comuns: hematomas, sangramento vaginal e anal, medo excessivo, fraturas, agressividade, cicatrizes pelo corpo, mau desempenho nas atividades escolares, comprometimento nutricional, gagueira, queimaduras e crise convulsiva. Um percentual significativo dos pediatras entrevistados não apresentou condições de receber, avaliar e encaminhar as vítimas de maus tratos infantis, havendo a necessidade de maior treinamento com educação continuada na área médico-legal.

Palavras-chave: Violência. Crianças. Medicina legal.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um tema muito atual, sendo uma das principais causas de morbi-mortalidade na saúde pública em todo país desde a década de 70. Toda a população tem se mobilizado no intuito de reverter este quadro de casos crescentes que acometem a sociedade brasileira (BRASIL, 1998; BRITO et al., 2005). Por se tratar de um problema de saúde pública, apenas nas últimas décadas, tem-se dado especial atenção às estatísticas que envolvem a violência infantil no país (FERREIRA; SCHRAMM, 2000).

A prevenção da violência infantil baseia-se no fato de que uma vítima de violência é um agressor em potencial e de que a violência doméstica pode ocorrer em ambientes onde a mãe ou o pai já foram, de alguma forma, vítimas de abuso físico em sua infância (AZEVEDO; GUERRA, 1998). Ademais, o profissional

da saúde envolvido neste diagnóstico, enfrenta implicações morais em relação à intervenção, ao processo legal e assistência à família da vítima, dificultando a ação preventiva (FERREIRA; SCHRAMM, 2000).

As referências de abusos físicos extremos em crianças para conseguir retorno econômico dos seus responsáveis, foram frequentes durante a Revolução Industrial (SILVA; MACHADO, 2010), em países desenvolvidos como a Inglaterra e os Estados Unidos (ÁRIES, 1984). Nos Estados Unidos, estima-se que o número de crianças encaminhadas para os serviços de proteção à infância, oscilava anualmente, entre 250.000 e 500.000, já em 1966. Esse número cresceu para 1.200.000 casos em 1986, duplicando para 2.400.000 atendimentos em 1996 (BRASILEIRO, 1997).

* Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia – Piracicaba, SP. E-mail: augusto_aurelio@uol.com.br.

** Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia – Piracicaba, SP.

*** Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia, Piracicaba, SP. Universidade Metodista de São Paulo – São Bernardo do Campo, SP.

No Brasil, são escassas estatísticas nacionais fidedignas, havendo apenas registros esparsos de serviços isolados (NUNES; RAMINHOS, 2010) ou de núcleos de atendimento que estão longe de espelhar a realidade atual no país. Contudo, estudos mais recentes revelam que casos de abuso infantil têm aumentado a cada ano, devido às facilidades de expressão da pornografia infantil, especialmente em meios eletrônicos, gerando uma maior aceitação e convivência da sociedade com este tipo de prática (MORALES; SCHRAMM, 2002).

Para coibir tais atitudes, o Ministério da Saúde publicou a portaria 1968, que estabelece a obrigatoriedade da Notificação Compulsória para os profissionais do Sistema Único de Saúde, criando a Ficha de Notificação Compulsória de Maus Tratos contra Criança e Adolescente, fundamentada nos artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRITO et al., 2005).

Assim, este estudo tem como finalidade avaliar o preparo do profissional pediatra para o diagnóstico de maus tratos na infância e, ao mesmo tempo, pesquisar quais são as atitudes destes profissionais após o atendimento de vítimas de abuso e maus tratos frente à necessidade de denúncia aos órgãos responsáveis, com o intuito de propor soluções que conduzam ao atendimento das vítimas buscando coibir a violência infantil.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Um questionário semi-estruturado foi elaborado para levantar questões relativas ao tempo de formação profissional, identificação da faculdade de origem, o preparo do profissional para atender e receber crianças vítimas de abuso e maus tratos, os principais tipos de agressões, conhecimentos das penalidades e das atitudes a serem tomadas após constatação da violência. Este questionário foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP sob o nº 026/2002.

Para o desenvolvimento deste estudo, foram distribuídos 270 questionários a pediatras que atuam nas cidades de Cuiabá, Rondonópolis e Cáceres, Estado do Mato Grosso, Brasil. Os participantes receberam uma carta, além das respectivas autorizações anexadas, solicitando-lhes a participação nesta pesquisa. Foi-lhes assegurada a confidencialidade das informações prestadas, além do uso exclusivo para fins de pesquisa. Os questionários não foram identificados.

O retorno para coleta dos dados foi previamente combinado com os profissionais, sendo determinado o período de uma semana após a entrega. Se neste período o mesmo não fosse entregue, ainda haveria a possibilidade do envio pelo correio, em envelope entregue já nominado e selado. Após a obtenção, os dados foram compilados e distribuídos por porcentagem - estatística descritiva.

3 RESULTADOS

No período de julho a dezembro de 2002, foram enviados aos pediatras das regiões da grande Cuiabá, Rondonópolis e Cáceres, 270 questionários dos quais retornaram 35,5%, isto é, 96 questionários devidamente respondidos.

Dos 96 questionários, 50 foram respondidos por pediatras do sexo feminino e 46 do masculino. Dos pediatras consultados, 63% tinham mais de dez anos de formados, 15% exerciam a profissão em apenas um local de trabalho, enquanto que os outros 85% desenvolviam-na em dois ou mais locais.

Quando o pediatra foi questionado quanto à oportunidade de atender indivíduos infantis com características de maus tratos, os resultados mostraram que 55% deles já haviam atendido pacientes vítimas de maus tratos ou abuso infantil.

Dos 53 pediatras que tiveram contato com indivíduos infantis com sinais de maus tratos, as características mais comumente apresentadas por eles foram: hematomas, sangramento vaginal e anal, tumores, choro, nervosismo, carência afetiva, retraimento, medo, tensão, comportamento e atitudes bizarras, fraturas ósseas, insegurança, timidez, introversão, agressividade, distúrbio do sono, cicatrizes pelo corpo, mau rendimento nas atividades escolares, comprometimento nutricional, olhar assustado, temor exagerado das pessoas, pavor, gagueira, constipação intestinal, queimaduras, rejeição materna e crise convulsiva.

Em relação ao tempo de formação, pôde-se observar que dos 53 pediatras que citaram as características de maus tratos percebidas em seus pacientes, grande parte apresentava mais de dez anos de experiência profissional, sendo que apenas um tinha até três anos de formado, 12 até dez anos de formados, 16 até 15 anos de formados e 24 até 20 anos de formados. Quanto às faculdades de origem, 38 (71,7%) cursaram faculdades públicas, enquanto que outros 15 (28,3%) estudaram em faculdades particulares.

Dos 96 pediatras avaliados, 51% sentem-se capacitados para o diagnóstico de indivíduos infantis maltratados, enquanto que 49% relataram que não. Destes 51 pediatras que se sentiam capacitados para o diagnóstico de indivíduos infantis vítimas de maus tratos, 36 (70,6%) já haviam tido orientação na graduação ou pós-graduação e, 15 (29,4%) deles se sentiam capacitados, porém sem qualquer orientação acadêmica prévia. Alguns relataram que buscaram em pesquisas de interesse próprio a fim de poderem estar preparados frente à situação, caso ela ocorresse.

Segundo as respostas ao questionário, as disciplinas que mais contribuíram para a divulgação de informações acerca de maus tratos infantis, foram as de Pediatria e Medicina Legal. Quanto à conduta a

ser tomada nos casos de diagnóstico ou suspeita de maus tratos em indivíduos infantis, 64 (66,7%) dos pediatras entrevistados relataram que a sua opção seria comunicar o fato às autoridades competentes diretamente, enquanto 32 (33,3%) consideraram que conversar com os pais ou responsáveis em um primeiro momento e, posteriormente, comunicar o fato às autoridades competentes seria a melhor solução.

Dos pediatras que optaram pela comunicação às autoridades competentes, 33 comunicariam os casos ao Conselho Tutelar, 10 comunicariam os casos à Promotoria Pública, oito comunicariam os casos ao Juizado da Infância, cinco comunicariam os casos ao S.O.S. Criança, um comunicaria à Assistência Social e um relatou que não sabia como faria sua comunicação.

Em relação ao conhecimento jurídico penal dos 96 profissionais pesquisados entrevistados, 75 (78,1%)

responderam que não conheciam as penalidades para os crimes de maus tratos, enquanto 21 (21,9%) afirmaram que tinham conhecimento sobre as penalidades para os crimes de maus tratos, e destes, 14 souberam responder quais são essas penalidades. As mais citadas neste estudo foram: reclusão, perda da guarda, prestação de serviços comunitários e advertência pelos órgãos competentes.

4 DISCUSSÃO

Quando o assunto é violência infantil, os dados estatísticos revelam que grande parte da violência praticada contra a criança é de origem doméstica, ou seja, proveniente de pai, mãe ou responsável, conforme mostra a Tabela 1, referenciando o tipo de violência cometida ao principal agressor no Estado de Pernambuco.

TABELA 1
Tipo de Violência por Agressor

Agressor	Tipo de agressão				Total
	Física	Sexual	Psicológica	Negligência	
Pai	374	77	134	67	652
Mãe	423	4	43	109	579
Padrasto	81	47	20	0	148
Pai e mãe	79	1	0	11	91
Tio (a)	50	10	24	2	86
Companheiro/marido	41	0	13	1	55
Irmão (ã)	25	0	3	0	28
Avô (ó)	12	3	6	3	24
Madrasta	13	0	4	2	19
Primo (a)	5	2	5	0	12
Pai e madrasta	8	0	0	0	8
Cunhado (a)	6	2	0	0	8
Padrasto e mãe	3	0	0	0	3
Avô e avó	0	0	2	0	2
Sogro	1	0	0	0	1
Total	1.121	146	254	195	1.716

Fonte: Polícia Civil de Pernambuco (1998) apud Carvalho (2003).

Estudo realizado por Silva e Ferriani (2007), na cidade de Guarulhos, aponta que os casos de negligência correspondem a 45% das denúncias de maus tratos infantis, seguido por violência física (26%), e 14% de suspeita de violência sexual. Os casos de negligência merecem uma atenção especial, pois alguns podem ser considerados intencionais, enquanto outros são resultantes da situação socioeconômica familiar (SILVA; MACHADO, 2010). Em alguns casos, com resultado mais trágico, o abuso constante acaba por levar à morte da vítima, conforme relato de Gomes (1998).

Estes resultados discordam de estudo realizado por Brito e outros (2005), no Centro Regional de Atenção

aos Maus Tratos na Infância - CRAMI, de São José do Rio Preto, SP, o qual revelou que a violência física é a mais notificada com 58% dos casos atendidos, seguida por violência psicológica e negligência, cada um com 34,5% das notificações e, por último, a violência sexual com 29%.

Conhecer as principais sequelas (NUMES; RAMINHOS, 2010), bem como, a forma correta de se registrar o fato, conforme recomenda a Sociedade Brasileira de Pediatria (2001), constitui-se em uma das maneiras mais efetivas de se evitar que o crime praticado por um elemento familiar ou não, contra o menor, fique impune.

Tal impunidade quando ocorre por falta de notificação do médico ou de outro profissional da área da saúde, faz com que o mesmo, passe a ser cúmplice do crime cometido, podendo responder junto ao agressor pelo crime praticado.

Cunha (1999), Pires e outros (2005), também rechaçam a falta de coragem dos profissionais, pois ao ignorarem o problema, permitem que as agressões tornem-se mais constantes e de maior gravidade. Contudo, a simples denúncia sem o pedido de guarda temporária, muitas vezes agrava a situação no âmbito familiar. Entidades não-governamentais, como o Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância – CRAMI - foram criadas neste intuito, de amparar, proteger e prestar apoio psicossocial às vítimas de maus tratos.

Na presente pesquisa, verificou-se que 55% dos pediatras pesquisados atenderam indivíduos infantis vítimas de maus tratos e destes, apenas 51% se julgaram capacitados para estabelecer o diagnóstico em crianças vítimas de maus tratos enquanto 49% se consideraram inaptos, revelando um desconhecimento do assunto por parte da classe médica. Chaim, Daruge e Gonçalves (2001) também chegaram às mesmas conclusões quando realizaram estudo similar junto aos cirurgiões-dentistas.

O dado mais impressionante deste estudo é que comprova o desconhecimento dos pediatras e da maioria dos profissionais da saúde é que 80% destes profissionais não sabiam da existência de penalidades para crimes de maus tratos contra indivíduos infantis e adolescentes. Enfatiza-se aqui também o fato de que não sabem que no caso da omissão de tal fato, passam a ser cúmplices do delito, e desta forma, respondem juntamente com o agressor pelo crime praticado.

Tal situação reforça a ideia de que o profissional da saúde necessita de uma educação continuada e cursos de reciclagem onde possa atualizar os seus conhecimentos e também se inteirar das novas exigências técnico-científicas, administrativas e legais.

O presente estudo possibilitou uma discussão sobre este tema tão polêmico e antigo, visto que a agressão contra indivíduos infantis tem seus primeiros registros há décadas (LIPPI, 1983; VANRELL, 2009) e com o advento da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, muitas medidas penais e sociais foram tomadas no sentido de prevenir e coibir tais crimes.

5 CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados encontrados pode-se concluir:

a) a maioria dos pediatras entrevistados na região estudada, não apresentava conhecimento adequado para perceber ou diagnosticar casos de maus tratos em indivíduos infantis ou adolescentes;

b) o pediatra necessita de maiores informações no que tange à conduta legal a ser seguida nos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos aos indivíduos infantis ou adolescentes;

c) há a necessidade de cursos de educação continuada sobre o referido tema. Para os graduandos, deve-se incentivar as Instituições de Ensino Superior, para que incluam tal tema na disciplina de Medicina Legal e efetivamente ministrem seu conteúdo, preferencialmente com a realização de exames práticos em indivíduos infantis e ou adolescentes vítimas de maus tratos.

An analysis Pediatricians' ethics stand in children victims of abuse and violence

ABSTRACT

The aim of this work was to assess the pediatrician's knowledge regarding their responsibility and ethic stand on children victims of violence and abuse. A semi-structured questionnaire was elaborated containing questions regarding professional experience, university, professional capability on receiving abused children, the main sort of aggressions suffered by children, penalties knowledge, and professional attitudes in cases of children violence or abuse. 270 questionnaires were sent to pediatricians from Cuiabá, Rondonópolis and Cárceres cities. 96 out of 270 questionnaires were given back and correctly answered (35.5%). According to gender, the pediatricians interviewed were 50 female and 46 male, 63% had more than 10 years of professional experience and 55% have already evaluated children victims of violence and abuse, describing as the most common lesions: bruise, vaginal and anal bleeding, excessive fear, fractures, aggressiveness, scars spread out all over the body, low scholary development, nutritional impairment, stammer, burn and convulsive crises. Many of pediatricians interviewed did not consider themselves ready to receive, diagnose and conduct children victims of abuse and violence, showing the need of continuing medical education in forensic medicine.

Keywords: Violence. Children. Forensic medicine.

REFERÊNCIAS

- ARIES, P. **História social da infância e da família**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1984.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e violência fatal em família**. São Paulo: Iglu, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha Nacional de Combate à Exploração Sexual Infanto-Juvenil**: relatório de abril de 1998. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA). Brasília, DF, 1998.
- BRASILEIRO, Ana Maria (Org.). **Las mujeres contra la violencia**: rompiendo el silencio. New York: Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher-UNIFEM, 1997.
- BRITO, A. M. M. et al. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005.
- CARVALHO, Augusto Aurélio de. **Conduta ética do profissional pediatra frente ao indivíduo infantil vítima de maus tratos**. 2003. 76 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia) – FOP, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2003.
- CHAIM, L. A. F.; DARUGE, E.; GONÇALVES, J. R. Maus tratos infantis: avaliação da capacidade de diagnóstico dos cirurgiões dentistas. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 42-46, 2004.
- CRAMI - Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância. Relatório de atividades. Campinas, 2000.
- CUNHA, J. M. **Atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica**: impasses, desafios e alternativas. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 360-363, maio/ago. 1999.
- FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, 2000.
- GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbimortalidade de indivíduo infantil vítimas de violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 301-311, 2001.
- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa, p. 67-80. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 67-80.
- LIPPI, J. R. S. O indivíduo infantil maltratado e negligenciado. In: CELIA, S. A. H. et al. **A criança e o adolescente da década de 80**: aspectos psiquiátricos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. v. 1, cap. 9, p. 117-126.
- MORALES, A. E.; SCHRAMM, F. R. A moralidade do abuso sexual intra-familiar em menores. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 265-273, 2002.
- NUNES, P.; RAMINHOS, I. Maus-tratos infantis. A realidade de um hospital distrital. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 413-418, maio/jun. 2010.
- PIRES, J. M. et al. Barreiras, para notificação pelo pediatra, de maus tratos infantis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 103-108, 2005.
- SILVA, M. A. I.; FERRIANI, M. G. C. **Domestic violence**: from the visible to invisible. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, no. 2, p. 275-281, 2007.
- SILVA, T. C., MACHADO, M. A. A. M. Responsabilidade do cirurgião-dentista diante de maus tratos infantis. In: SILVA, R. H. A. e et al. **Orientação profissional para o cirurgião-dentista**: ética e legislação. 1. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2010. cap. 23, p. 457-471.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Autores & Associados, 2001.
- VANRELL, J. P. **Odontologia legal e antropologia forense**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Enviado em 23/6/2010

Aprovado em 5/8/2010